

Appendix 22-SPAN ▪ Care Plan- Spanish Plan de Cuidado

Nombre del Cliente		MSSP N°		Fecha de conferencia sobre el plan de atención		La duración del Plan	
---------------------------	--	----------------	--	---	--	-----------------------------	--

Fecha	N° De problema	Descripción del problema	Objetivo/ Resultado del cliente	Proveed or y tipo de servicio (I, R, P, C)	Plan/Intervención	Fecha de resolución Comentarios

Firmas de MSSP:			
PCM:	Fecha:	SCM:	Fecha:
Acuso recibo y aceptación de este plan de cuidado, y recibo de la notificación sobre mis derechos de una audiencia justa si no estoy conforme con la(s) acción(es) que afecten los servicios con fondos del MSSP.		x Firma del cliente:	